

Engagement du patient pour l'utilisation du PILULIER



MECS de CASTELNOUVEL

➤ **Demande de pilulier** effectuée par :

NOM :

Prénom :

Né (e) le :

- Mademoiselle, Madame, Monsieur a (ont) été informé (s) par le Médecin neurologue des conditions à respecter sur le bon usage du pilulier, et des risques encourus en cas de mauvaise observance des traitements.
- Il s'engage à respecter les consignes d'utilisation et à prendre son traitement tel qu'il est prescrit par le médecin.
- Un contrôle de la bonne utilisation du pilulier peut être effectué à tout moment par les éducateurs ou les infirmières.
L'utilisation du pilulier pourra être suspendue temporairement ou définitivement par le neurologue en cas de non observance ou de défaillance du jeune.
- Mademoiselle, Madame, Monsieur , compte tenu des informations et des préconisations que le neurologue lui a fournies, demande à gérer son traitement dans un pilulier

Fait à Léguevin le :

Signature du jeune

Signature des parents

Pour les mineurs ou jeunes majeurs sous tutelle

➤ Au vu de cet engagement, et s'il juge la demande pertinente, **le médecin neurologue pourra décider de la mise en œuvre du pilulier, à compter d'une date qu'il précisera.**

Diffusion : Jeune (ou parents si Tutelle ou mineur) / **Secrétariat (DPI) / Pharmacie / Educateur référent**